

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N° —

313

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 14 juin 1894, à une heure

par

ALEXANDRE PETIT

né à Saint-Sylvain-Bellegarde (Creuse), le 3 février 1867

DE L'INFECTION PAR LE STREPTOCOQUE

AU COURS ET AU DÉCLIN DE LA GRIPPE

Président : M. GRANCHER, professeur

*Juges : MM. { LE DENTU, professeur.
 { SCHWARTZ et GILBERT, agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

PARIS

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1894

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 14 juin 1894, à une heure

par

ALEXANDRE PETIT

né à Saint-Sylvain-Bellegarde (Creuse), le 3 février 1867

DE L'INFECTION PAR LE STREPTOCOQUE

AU COURS ET AU DÉCLIN DE LA GRIPPE

Président : M. GRANCHER, professeur

*Juges : MM. { LE DENTU, professeur.
 { SCHWARTZ et GILBERT, agrégés.*

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties
de l'enseignement médical.*

IMPRIMERIE DES THÈSES DE MÉDECINE
OLLIER-HENRY

11, 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 11, 13

PARIS

1894

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. BROUARDEL.
Professeurs		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale	{	DIEULAFOY.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils		TERRIER.
Pharmacologie		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale		LANDOUZY.
Hygiène		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LABOULBENE.
Pathologie comparée et expérimentale		STRAUS.
	{	G. SEE.
Clinique médicale		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
Maladies des enfants		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..		FOURNIER.
Clinique des maladies du système nerveux		N...
		TILLAUX.
Clinique chirurgicale	{	N...
		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique ophtalmologique		PANAS.
Clinique d'accouchement	{	TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL

Agrégés en exercice.

MM.			
ALBARRAN.	DELBET.	MARIE.	RICARD.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLOT.
BRISSAUD.	GLEYS.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	des travaux	VILLEJEAN.
CHARRIN.	LEJARS.	anatomiques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	REITTERER.	

Secrétaire de la Faculté : M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA GRAND'MÈRE

A MA MÈRE ET A MON PÈRE

A MA CHÈRE ÉPOUSE

A MA CHÈRE ET BIEN-AIMÉE ANTOINETTE

A MA SŒUR ET A MA GRAND'TANTE

A MES ONCLES, TANTES, COUSINS ET COUSINES

FAMILLES LIONET, MALTERRE, ALANORE

A MA BELLE-MÈRE ET A MON BEAU-PÈRE

A MA BELLE-SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

MADAME ET M. BUJADOUX

A MA SŒUR MADemoiselle GABRIELLE BELLEGY

A MES COUSINS, ADOLPHE ET VICTOR SIMONET

Gage d'amitié et de reconnaissance

MEIS & AMICIS

A LA MÉMOIRE DE MON REGRETTÉ MAÎTRE

Monsieur le docteur LEDRU

ANCIEN DIRECTEUR DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE CLERMONT-FERRAND

A MON ANCIEN ET VÉNÉRÉ PROFESSEUR

L'abbé E. BERTRAND

SUPÉRIEUR A AJAIN (Creuse).

A MES MAÎTRES DANS LES HOPITAUX

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE DOCTEUR GRANCHER

PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MÉDECIN DES HOPITAUX

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

Pendant nos deux années d'internat à l'Ecole de Médecine de Clermont-Ferrand, il nous a été donné d'observer, lors de l'épidémie grippale de 1890, un certain nombre de malades atteints de cette maladie. Nous avons eu également l'occasion pendant l'année que nous avons passée à l'hôpital Saint-Antoine, service de M. Hanot, de prendre deux observations intéressantes au sujet de deux cas de grippe, et nous avons remarqué combien elles ressemblaient cliniquement à celles que nous avons recueillies les années précédentes. Ce qui nous frappait le plus, c'était la fréquence des infections secondaires dues à l'action virulente du streptocoque. C'est alors que sur les conseils de notre maître M. Hanot, nous commençâmes à étudier de plus près les complications de cette affection pour en faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Sans entrer en détail dans les cas d'infection générale de septicémie ou de pyémie, nous insisterons davantage sur les différentes manifestations locales

du streptocoque considérées aujourd'hui comme la conséquence de la symbiose microbienne et de l'exaltation pathogène de l'agent infectieux. Après un rapide aperçu historique sur les épidémies grippales à forme pyhémique, nous nous efforcerons de montrer la prédilection du streptocoque pour cette maladie, aussi bien à l'état épidémique que sporadique, nous signalerons ensuite la fréquence du streptocoque parmi les observations relatées dans la dernière épidémie grippale et dans l'étude de nos observations les différentes époques d'apparition de l'agent infectieux.

Mais avant d'entrer dans notre sujet, nous avons un devoir de reconnaissance à remplir, nous n'aurons garde d'y manquer. M. le docteur Hanot, agrégé, médecin à l'hôpital Saint-Antoine, à été l'inspirateur de ce travail, nous devons le remercier des indications qu'il a daigné nous fournir et de l'excellent enseignement, qu'il n'a cessé de nous donner. Nous sommes heureux de lui témoigner publiquement toute notre gratitude.

M. le docteur Shwartz, chirurgien des hôpitaux, a également droit à toute notre reconnaissance pour son extrême bienveillance à notre égard. Nous lui exprimons ici tous nos remerciements.

A ces noms, nous associons, ceux de nos autres maîtres de Clermont-Ferrand, M. le docteur Bous-

quet, directeur de l'École de Médecine, MM. les docteurs Dourif, Gagnon, Fouriaux, Tixier et Fournier qui dans le cours de nos études nous ont donné tant de marques de sympathie !

Que M. le professeur Grancher veuille bien agréer tous nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de notre thèse.

Nous remercions M. le docteur E. Bloch, pour les observations qu'il a bien voulu nous communiquer.

HISTORIQUE

La première des épidémies grippales à forme infectieuse et pyohémique qui nous soit transmise avec des détails satisfaisants, est celle de 1580. Les quatre cinquièmes de la population du globe furent atteints et cette universalité nous a valu de nombreuses descriptions dans tous les pays civilisés. Il est à regretter néanmoins que les auteurs, tout en signalant les caractères infectieux de cette épidémie, se soient arrêtés à des vues d'ensemble, à la description de la peripneumonie, par exemple, sans entrer dans de plus amples détails sur les différentes formes d'infection locale de l'organisme. Dans cette épidémie célèbre Forestius décrit une affection catarrhale « généralement bénigne mais qui si on la négligeait, se changeait en péripneumonie ». D'autres auteurs Salius, Deversius, avaient observé des ophtalmies, des otites, avec écoulement purulent, des hémorragies nasales consécutives au coryza et du délire.

L'épidémie de 1675, observée à Paris fut particulièrement meurtrière, Peu signale une grande mor-

talité chez les femmes enceintes, les vieillards et les débilites. Sydenham dans la même épidémie rapporte beaucoup de cas de pleurésies grippales. La même année Etmullër relate en Allemagne un grand nombre de complications pulmonaires consécutives à la grippe. Pouls petit, fréquent, fièvre hectique.

L'épidémie de 1676, à Londres a été bien décrite par Sydenham. Parmi les complications, cet auteur cite surtout la pneumonie et les gonflements articulaires :

« L'automne de 1676 fut si beau et si doux jusqu'à
« la fin d'octobre qu'on aurait cru être en été, mais
« le temps ayant changé subitement et étant devenu
« froid et humide, il survint une toux épidémique si
« violente que personne n'en fut exempt.
« . . . Quoique tout l'appareil symptomatologique
« semblât indiquer une pleurésie simple produite
« par l'action de la toux sur la respiration, il sur-
« venait de la purulence et des gonflements articu-
« laires. »

Loew en 1729 et Jussieu en 1733 signalent les formes particulièrement infectieuses de l'épidémie grippale. Dans la même épidémie et dans celles de 1737 et 1743, Huxham, en Angleterre, cite comme symptômes généraux : Insomnies, vertiges, céphalées violentes accompagnées parfois d'un léger délire,

tintements d'oreilles, douleurs aiguës dans le méat auditif où il se formait souvent un abcès.

En 1769 Lepecq de la Clôture observe dans la Basse-Normandie une épidémie pendant laquelle presque tous les malades se plaignaient d'une douleur vive et lancinante dans les oreilles avec fluxions et abcès.

Il nous faut arriver ensuite aux épidémies de 1775 et 1779 pour avoir quelques données certaines sur les caractères infectieux et pyohémiques de la grippe. Baker et Heberden signalent un grand nombre de parotidites suppurées. En 1779 surtout, où les otites semblaient prédominer les autres complications « les malades avaient des douleurs de tête « très aiguës accompagnées de larmolement et de « douleurs d'oreilles violentes qui ne disparaissaient « que par l'excrétion d'une sérosité abondante et « extrêmement fétide par les oreilles et d'un mucus « très épais par les narines. »

L'épidémie de 1837, fit beaucoup de ravages à Paris. Le catarrhe revêtait la forme de la pneumonie, de manière qu'il était bien difficile de le distinguer de cette dernière : les malades présentaient dans ce cas, une toux vive et sèche, de la dyspnée, une douleur aiguë à la région des fausses côtes, des douleurs rhumatismales vagues dans différentes parties du corps, et quelquefois le malade était emporté en trois

ou quatre jours au milieu des symptômes ataxo-adi-
namiques. « A l'autopsie on retrouvait les poumons
suppurés et des fausses membranes dans les bron-
ches. »

Graves, dans ses descriptions sur cette épidémie
semble indiquer que le poison grippal frappait sur-
tout les muscles bronchiques. Il affirme que pendant
l'épidémie grippale de 1837 il a observé assez sou-
vent « des cas de mort avec les signes de paralysie
du poumon ». Voici ce qu'il dit encore :

« Dans beaucoup de cas, la dyspnée est intermit-
« tente, ou du moins elle présente à certaines heures
« des exacerbations et des rémissions notables. Il
« semblerait donc que les troubles respiratoires dé-
« pendent de la même cause générale que produit
« tous les autres symptômes et qu'ils peuvent exister
« même lorsque la phlegmasie bronchique manque
« complètement. Il est bien certain que la bronchite
« lorsqu'elle existe ajoute encore à la gêne de la
« respiration, mais la dyspnée paraît résulter avant
« tout de quelque trouble survenu dans l'activité
« vitale du poumon. »

Bonnemaison rapporte qu'en 1874 à Toulouse, la
pneumonie était la compagne assidue de la grippe et
que dans les complications grippales, la pneumonie
revêtait un caractère insolite dans ses allures et ses
terminaisons foudroyantes. Il signale en même temps

l'apparition simultanée de la fièvre puerpérale et de l'érysipèle dans les salles de l'hôpital. Un amputé succombe par suite d'infection purulente.

En 1880, Richet rapporte qu'à l'Hôtel-Dieu un de ses malades mourut de complication grippale avec périostite diffuse du tiers inférieur du fémur.

Depuis, nombre d'observateurs ont signalé les complications suppuratives de l'influenza. M. Ménétrier dans un travail fort remarquable étudie les rapports de la pneumonie et de la grippe en 1886. La plupart de ses observations et l'examen bactériologique dénotent la présence du pneumocoque, du streptocoque et du staphylocoque. Parmi ses observations se trouve celle de M. le professeur Jaccoud qui semble énoncer clairement le résultat de la symbiose microbienne, l'infection purulente suite de pneumonie grippale.

Suivent ensuite les communications de MM. Netter, Laveran, Vaillard et Vincent qui signalent à la Société médicale des hôpitaux des cas nombreux de grippe infectieuse dus au pneumocoque et surtout au streptocoque.

INFECTION PAR LE STREPTOCOQUE

La grippe est une maladie dont le microbe est encore à découvrir malgré les recherches nombreuses entreprises dans les dernières épidémies. Nombre d'auteurs ont attribué sa nature spécifique et contagieuse à différents agents pathogènes. Letzerich, en ne mentionnant que les recherches les plus récentes, prétend avoir trouvé un microccus dans le sang : Seifert aurait signalé tout récemment des cocci dans les sécrétions du nez et dans les crachats mais par contre les cocci n'existeraient ni dans le liquide lacrymal, ni dans le sang des malades et les expériences faites pour les inoculer aux animaux seraient restées infructueuses. MM. Laveran et Feissier dans leurs nouvelles analyses bactériologiques ont découvert un diplo-bacille dans l'urine des malades atteints de la grippe et dans le sang de ces mêmes malades des strepto-bacilles qui ne seraient qu'une des formes des diplo-bacilles de l'urine. Mais là est la question de la spécificité. Il en est de même du micro-organisme découvert par Kirchner et

auquel cet auteur attribue une si grande importance dans la pathogénie de l'influenza. M. Achalme a bien rencontré dans les humeurs pathologiques grippales « pus pleural, péricardite, exsudat pulmonaire, » un microbe correspondant à la description qu'en a donné Kirchner, mais cette question est toujours des plus complexes, les résultats sont toujours contradictoires, et de nouvelles investigations bactériologiques sont nécessaires pour découvrir l'agent pathogène de l'influenza.

Mais ce qui est certain, en tout cas, c'est que dans la grippe, les différents microbes pyogènes y ont été constatés avec une grande fréquence et parmi ces micro-organismes le streptocoque occupe une place prépondérante. Nous n'irons pas aussi loin que M. Ribert et plusieurs auteurs qui ont fait jouer au streptocoque un rôle dans la pathogénie de l'influenza néanmoins il nous faut reconnaître avec MM. Jacoud, Netter, Vaillard, Vincent, que dans les dernières épidémies, le streptocoque « a joué un rôle de *premier ordre*. »

Les évolutions suppuratives de ce micro-organisme, « *ce microbe à tout faire* », son association à d'autres parasites du même ordre et le mécanisme des lésions qui en résultent dans les différentes complications pleurales et pulmonaires ont été bien mis en lumière par les intéressants travaux de MM. Vi-

gnalou et Mosny. En 1886 M. Ménétrier, dans une étude sur les rapport de la pneumonie et de la grippe signale quelques infections secondaires dues à plusieurs parasites, entre autres le streptocoque, intervenant soit simultanément, soit successivement, pour déterminer des lésions infectieuses localisées au tissu pulmonaire ou généralisées à tout l'organisme Vechselbaum en 1887 avait publié un résultat de recherches longtemps poursuivies et constatait que dans un grand nombre de pneumonies grippales, il avait rencontré dans l'exsudat pneumonique quatre variétés de microbes : un bacille un diplocoque ovoïde, un stophylocoque et un streptocoque. Et Vechsalbaum mettait sur le compte de ces deux derniers parasites les diverses complications qui dans l'épidémie grippale de 1886 aboutissaient quelquefois à la suppuration et à la pyohémie.

Des observations concluantes à ce sujet se succèdent de plus en plus, il résulte que le streptocoque fait de la grippe une maladie d'élection pour manifester au plus haut degré ses propriétés infectieuses.

« Parmi les micro-organismes rencontrés le plus
« souvent comme facteurs de complications locales
« ou générales, au cours ou au déclin de la grippe,
« dit M. Hanot, le streptocoque est certainement
« l'un des plus fréquents et l'on peut dire que c'est
« le véritable familier du microbe encore inconnu de

« l'influenza. Le streptocoque semble même trouver
« en lui un puissant auxiliaire pour se manifester au
« plus haut degré de sa virulence, tantôt réalisant
« pour son compte l'infection générale, la septécémie
« streptococcique, tantôt créant des infections lo-
« cales, pleurales, pulmonaires, méningées, tantôt
« enfin, jouant le rôle de simple agent pyogène.
« Dans bien des cas, il se substitue à lui et com-
« mande seul à la fois la symptomatologie et le pro-
« nostic de l'affection. »

Nous pouvons donc considérer la grippe comme une porte d'entrée aux microbes les plus différents qui subissent une exaltation pathogène sous l'influence des produits toxiques sécrétés par le microbe spécial à cette maladie. M. Laveran a constamment rencontré le streptocoque dans le sang, les liquides épanchés des malades morts de grippe infectieuse, alors l'examen du sang recueilli chez les mêmes malades dans le cours de l'influenza ne révélait ni streptocoque ni aucun autre microbe. « Il peut se faire que sous l'influence des conditions atmosphériques qui précèdent à l'apparition de la grippe, la virulence de certains microbes vulgaires et spécialement celle du streptocoque soit exaltée et que dans ces conditions ces microbes donnent naissance à des accidents beaucoup plus graves que ceux qu'ils produisent d'ordinaire. » C'est aussi l'opinion de M. Bouchard.

M. Achalme a démontré l'importance de la symbiose du streptocoque avec les autres agents morbides pour expliquer les diverses infections secondaires dues aux méfaits de ce parasite. En effet non seulement la grippe, mais les maladies générales telles que : rougeole, diphtérie, fièvre typhoïde, tuberculose, scarlatine, peuvent exalter à un très haut degré la virulence du streptocoque et donner lieu à des accidents complexes plus fréquents qu'on ne le soupçonnait autrefois. Mais de toutes les complications, celles de la grippe sont celles dans lesquelles on rencontre le plus souvent le streptocoque. Il agit en donnant lieu tantôt à une lésion localisée, tantôt à une infection générale ainsi qu'il résulte des diverses observations recueillies dans les dernières épidémies. Son rôle est encore plus spécifique s'il agit de concert avec le pneumocoque avec lésions localisées aux organes de la respiration. Le poison grippal résultant de la symbiose streptococcique peut frapper d'emblée les muscles bronchiques et donner lieu à ces cas de grippe à forme asphyxique se terminant rapidement par la mort. MM. Vaillard et Vincent ont publié deux observations de ce genre en 1890. Les streptocoques furent retrouvés dans le sang et les viscères recueillis aussitôt que possible après le décès ; très peu de pneumocoques. Cet état parétique des bronches survient comme complication de la

grippe thoracique et explique ainsi en grande partie ces terminaisons mortelles et inopinées dans les épidémies grippales. Nous pouvons rappeler ici l'admirable leçon de clinique que M. le professeur Jaccoud a consacrée à l'étude de l'infection secondaire par les microbes de la suppuration associés au parasite de la pneumonie, lors de l'épidémie grippale de 1886. Dans l'une de ses observations, il s'agit d'un malade atteint de pneumonie en pleine période de résolution, quand survient tout à coup une aggravation de l'état général, et le malade succombe à l'infection pyhémique avec abcès miliaires dans les deux reins, arthrites suppurées de l'épaule droite et du genou droit. Toutes ces lésions renfermaient des streptocoques formant parfois d'énormes chaînettes et quelques staphylocoques.

L'intervention du streptocoque dans la grippe, son association à d'autres agents pathogènes, la plus ou moins grande résistance de l'organisme affecté peuvent donc être suffisantes à la transformation de ce microbe jusque là inoffensif et banal en variétés de virulence différentes :

« Une modification dans la virulence du microbe pathogène dit le docteur Vidal, telle est la cause qui détermine pour une grande part, la variété des formes d'une même maladie. La virulence n'est que la fonction du microbe, c'est son aptitude à se développer

dans un être vivant. Cette aptitude n'est pas une qualité permanente ; le micro-organisme peut la perdre ou l'acquérir. De même que le microccus prodigiosus ou le microccus pyocaneus peuvent-être privés de leurs fonctions chromogènes de même le streptococcus pyogenes peut être dépouillé de ses fonctions pathogènes de virulence...

« Des virulences nouvelles peuvent se créer à notre insu dans la nature, et l'on conçoit que le streptocoque, végétant en dehors de l'organisme puisse acquérir des propriétés pathogènes variables ; de même à l'intérieur du corps humain, il peut transformer sa virulence et donner naissance à ces types modifiés que l'on observe parfois au déclin des épidémies. »

Cette variation de virulence tient, comme le dit encore M. Achalme, à ce qu'il existe non plusieurs espèces de streptocoques mais des variétés de même espèce. Et cette remarque est si juste que plusieurs de nos observations relatent des cas d'érysipèle survenant chez certains malades au déclin de l'influenza, lorsqu'à côté de ceux-ci, dans des salles contiguës d'autres étaient atteints secondairement d'endocardites infectieuses, d'arthrites suppurées et de pleurésies purulentes. Le streptococcus pyogenes et le streptococcus érysipelatus de Fehleisen étant reconnus aujourd'hui de même nature, il était tout naturel que

l'érysipèle puisse se manifester dans les différentes complications grippales.

Ces variétés de virulence streptococcique, dont nous parlions précédemment, produiront des effets différents suivant la nature du terrain sur lequel ils évoluent. La virulence n'est pas un terme absolu mais relatif; un microbe virulent pour un individu pourra être inoffensif pour un autre. Il faut donc tenir compte de ces deux éléments en présence : le microbe et le terrain.

D'un côté, augmentation de virulence microbienne, de l'autre résistance moindre de l'économie. « Un des caractères principaux de l'influenza, dit M. Chantemesse est précisément de favoriser avec une grande puissance la pénétration et la culture dans l'organisme des microbes qui sans elle auraient été rapidement détruits. Aussi les infections secondaires sont-elles habituellement produites par des organismes qu'on trouve chez nous à l'état normal, le streptocoque le pneumocoque, le staphylocoque. ».

Or la grippe en mettant l'organisme dans un état d'affaiblissement général le prive de ses modes de défense contre les agents pyogènes. Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que les complications de cette maladie prennent souvent le caractère infectieux et purulent. De là la fréquence des angines, des otites, des parotidites suppurées de pleurésies purulentes,

d'arthrites, de pericardites, d'endocardites infectieuses, d'érysipèles, d'abcès (etc.), observés dans les dernières épidémies.

Certains auteurs, tout en admettant les symbioses microbiennes, prétendraient que l'infection est primitive, d'origine atmosphérique, effectuée par la voie des bronches, en tout semblable à celle de la grippe, les deux microbes pénétrant simultanément dans l'économie. L'influence atmosphérique est certainement indéniable dans les pneumonies grippales avec suppurations en foyers, mais ces cas ne sont pas à confondre avec les abcès métastatiques de la pyémie dont les lésions sont bien différentes et où l'infection se produit non plus par la voie des bronches, mais est d'origine vasculaire. D'ailleurs, il est bien démontré aujourd'hui que le streptocoque habite les cavités naturelles de l'organisme, qu'il a le pouvoir de végéter pendant un temps relativement assez long dans l'intimité de nos tissus prêt à reprendre sa virulence et son pouvoir pathogène à l'occasion d'influences encore mal déterminées. C'est, du reste, à l'abri de l'air, loin du contact d'oxygène libre que le streptocoque se trouve dans les meilleures conditions de vitalité et de revevescence. Roux et Vidal ont pu conserver toute une année des cultures de streptocoques dans des tubes exactement remplis et fermés

à la lampe. Au bout de ce temps, le microbe n'avait rien perdu de sa virulence première.

La présence du streptocoque dans l'organisme, et par suite, l'action directe de ses produits toxiques sur les tissus mis en état d'infériorité par une atteinte grippale, pourraient peut être expliquer les cas d'infection générale sans qu'il y ait trace de suppuration primitive. L'exemple le plus probant serait fourni par l'observation dont M. Verneuil a entretenu l'Académie de Médecine en 1890. Il s'agissait d'une malade ayant eu une attaque antérieure de grippe quand à la fin d'une longue convalescence le médecin consultant constata dans le sein droit l'existence d'une tumeur du volume d'une petite pomme et assez indolente. Ablation partielle du sein, antiseptie rigoureuse. Après l'opération la malade est prise de fièvre de délire. Les pansements sont renouvelés chaque jour, la plaie présente une bonne allure. Néanmoins l'état général s'aggrave la température est à 40°. Apparition de deux larges plaques rouges à la peau, l'une à la partie antérieure et inférieure de l'avant-bras, l'autre à la région de la jambe indiquant le lendemain la formation de collections purulentes sous-cutanées. Épanchement sero-purulent dans le genou droit, pleurésie purulente, abcès de l'avant-bras et de la jambe donnant après incision quantité abondante de pus. La malade succomba 48 heures plus tard.

Le streptocoque serait donc « au mieux dans l'intérieur des tissus pour y conserver sa vitalité ou du moins pour y vivre de cette vie latente des micro-organismes qui ne prolifèrent plus tout en conservant le pouvoir de se réveiller de rajeunir » si l'on ne tenait pas compte de la prompte réaction de l'organisme (humeurs bactéricides, diapédèse, phagocytose) sollicités par les produits irritants du parasite au moment de son exaltation pathogène.

On ignore encore aujourd'hui sous quel ordre d'influences et comment la symbiose du streptocoque avec certains micro-organismes lui fait récupérer ses anciennes propriétés pathogènes ou même lui en fait acquérir de nouvelles, néanmoins cette exaltation streptococcique est d'une grande importance dans le cours ou au déclin de la grippe. Le streptocoque rencontré dans cette maladie produit des effets très marqués de virulence presque toujours mortels. Injecté dans le sang, le poumon ou le péritoine des lapins le streptocoque a toujours déterminé la mort. Le clinicien doit donc s'attendre à toutes sortes de complications et d'infections secondaires, et notamment à l'érysipèle et aux suppurations articulaires, le micro-organisme se servant de préférence de la voie lymphatique et ayant une certaine tendance à gagner les grandes articulations pour y proliférer et sécréter ses matières toxiques.

FRÉQUENCE DANS LES INFECTIONS

Les diverses communications faites à la Société médicale des hôpitaux par MM. Netter, Chantemesse, Laveran, Vaillard et Vincent, pendant l'épidémie grippale de 1890, dénotent que la grande majorité des infections secondaires étaient dues au streptocoque.

M. Netter dans ses recherches bactériologiques a rencontré le streptocoque ainsi qu'il suit :

Une pneumonie terminée par la mort, était déterminée par le pneumocoque associé au streptocoque. Dans cinq broncho-pneumonies l'examen bactériologique révélait trois fois le streptocoque et deux fois le pneumocoque. De six cas d'otite suppurée quatre étaient déterminées par le streptocoque, deux par le pneumocoque. Dans dix pleurésies purulentes, M. Netter a trouvé huit fois le streptocoque et deux fois le pneumocoque.

M. Laveran rapporte six observations de pneumonie et de pleurésie purulente toutes dues au

streptocoque, deux cas de péritonite aiguë suppurée déterminées par le streptocoque.

Les cinq observations de broncho-pneumonie et de pleurésie purulente relatées par MM. Vaillard et Vincent, sont également toutes déterminées par le même micro-organisme

Trois cas de pleurésie, de péricardite et de péritonite relèvent de l'infection streptococcique.

Un cas de grippe à forme asphyxique avec congestion pulmonaire et léger œdème est dû au streptocoque.

Dans l'examen des liquides épanchés, d'empyèmes liés à l'évolution de la grippe, MM. Vaillard et Vincent ont constamment rencontré le streptocoque. Dans l'examen des crachats chez les sujets atteints de grippe bénigne et sévère ces mêmes observateurs ont toujours constaté « au milieu d'organismes divers mais peu nombreux l'existence d'un microbe en chaînettes absolument semblable à celui qui était rencontré dans le sang et les viscères de sujets morts de grippe et dans les liquides épanchés durant la vie. Les cultures faites avec ces crachats ont toujours fourni quelquefois à l'état pur le même streptocoque ; dans les cas de culture mixte, il se montrait toujours prédominant. »

Nous ne ferons que mentionner ici les célèbres observations d'infection secondaire à streptocoque

de MM. Jaccoud et Verneuil, observations dont nous avons parlé précédemment. Sur quarante-deux cas de grippe, le docteur Antony relate 14 cas de complication véritable, avec accidents dyspnéiques : deux des malades ayant succombé, l'examen bactériologique démontrait que le streptocoque était l'agent infectieux, cause du décès. Un cas d'orthorée dans lequel on trouvait le streptocoque.

L'examen de quatorze malades, atteints de grippe infectieuse, examinés par M. Du Cazal au point de vue bactériologique a toujours révélé le streptocoque comme l'agent spécifique de l'infection secondaire.

Le docteur Ferrand cite comme accidents consécutifs à la grippe deux cas de phlébite dont l'un fut bientôt compliqué de pneumonie puis de pleuro-pneumonie, de phlegmatia et d'ascite. Il n'est pas invraisemblable qu'un cas de phlébite et de phlegmatia alba-dolens puissent rentrer dans le domaine de la grippe infectieuse puisque les recherches de M. Vidal ont démontré que la phlébite puerpérale était due à l'infection streptococcique. Ce fait est du reste confirmé par l'observation que M. Burlureaux a publiée en 1890. Il s'agissait d'un cavalier de remonte qui succomba par suite de septicémie aigüe et de phlegmatia alba dolens consécutives à la grippe. Le sang de la veine poplitée droite recueilli trois

heures après la mort, était très riche en streptocoques.

« Notre malade avait succombé, en somme, à une septicémie aigüe sans érysipèle et sans porte d'entrée appréciable. Il n'avait eu ni plaie extérieure, ni angine et cette septicémie avait revêtu un caractère de malignité que l'on n'observe guère que dans la maladie expérimentale ou dans les grandes épidémies de fièvre puerpérale. » D'ailleurs, ainsi que le dit M. Laveron, les streptocoques se rencontrent dans le sang des malades atteints de grippe infectieuse comme dans le sang des femmes qui sont sous le coup de l'infection puerpérale.

Dans la même épidémie de 1890, le docteur Gauthier mentionne deux cas de suppurations cutanées dues au streptocoque à côté d'accidents douloureux très intenses et pseudo-rhumatismes infectueux.

Le docteur Lemoine de Lyon signale quatre cas d'érysipèle consécutifs à la grippale dont trois furent accompagnés de parotidites suppurées à streptocoques.

Des vingt-cinq observations de pleurésie purulente à streptocoques rapportées dans la thèse de M. Vignalou douze ont évolué pendant l'épidémie grippale. Enfin William Bennett, cite dans la Lancette anglaise 1890 quatre observations sur des cas de pyhémie et de suppurations dues à la grippe.

La fréquence des infections secondaires de la grippe semble donc d'après ces quelques données relever principalement du streptocoque que l'on peut mettre au premier rang parmi les agents pathogènes rencontrés le plus souvent dans cette maladie. Le pneumocoque pourrait peut-être lui disputer cette primordialité et encore seulement sur le terrain de la pneumonie ou de la broncho-pneumonie.

DES
DIFFÉRENTES ÉPOQUES D'APPARITIONS
DES ACCIDENTS INFECTIEUX

Les phénomènes d'infection secondaire ont évolué, chez nos malades, de façons différentes et à des époques variables de la maladie. Il est à remarquer aussi que le plus grand nombre de ces accidents se sont produits au moment où la grippe sévissait avec la plus grande acuité et la plupart pendant la convalescence. Chez quelques-uns de nos malades les complications ont revêtu des apparences de bénignité, tandis que la mort est survenue chez presque tous les autres qui présentaient des symptômes de pyhémie : élévation brusque de la température, adynamie très prononcée montrant à quel point le poison grippal, après avoir imprégné tout l'organisme, contribuait pour une large part à déterminer les accidents infectieux.

Les deux premières observations sont des types à forme typhoïde. Dans l'une, le malade, sans présenter, du moins au début, les signes de prostration ha-

bituels à la fièvre typhoïde éprouve cependant les symptômes abdominaux sans taches rosées. L'épanchement pleural se montre 11 jours après l'atteinte grippale, les symptômes de méningite apparaissent 15 jours plus tard.

La deuxième observation est intéressante au point de vue des déterminations articulaires et de la véritable myalgie que présente le malade. L'état ataxo-adynamique a été très prononcé dès le début ; les foyers de suppuration n'apparaissent néanmoins qu'un mois après le début de la grippe, Ce malade, ainsi que le dit M. Hanot, a d'abord présenté la forme des arthropathies infectieuses sans suppuration, le véritable pseudo-rhumatisme infectieux, même avec localisation musculaire, les myalgies des grandes pyrexies pouvant être rapprochées du rhumatisme musculaire proprement dit en tant que manifestation infectieuse, pour une seule articulation a suppuré, une des grandes, comme cela se voit habituellement.

D'autres malades ont présenté la forme broncho-pulmonaire ; coryza, bronchite avec toux et expectoration. Un fait digne de remarque c'est la coïncidence de l'érysipèle avec la broncho-pneumonie. Les lésions de la broncho-pneumonie érysipélateuse ont déjà été étudiées par M. Strauss ; et M. Mosny en rapportant un cas de pneumonie érysipélateuse avait constaté dans les examens bactériologiques la pré-

sence de nombreux streptocoques. Dans trois de nos observations III, IV, VI, l'érysipèle apparaît au moment de la convalescence avec son cortège habituel de symptômes bruyants : frissons, élévation de température (etc.). Dans deux autres cas, observations V et IX l'érysipèle apparaît au début de la maladie, l'action pathogène du streptocoque en pleine évolution locale semble acquérir une extrême virulence par son association au microbe de la grippe. Dans ces deux observations, les malades succombent aux accidents infectieux de la pyhémie avec endocardite, arthrite suppurée et méningite.

Les observations IV et V présentent cela de particulier c'est que les érysipèles étaient des érysipèles à répétitions, survenus au moment de l'épidémie grippale. Dans ces deux observations d'érysipèle survenus après la ménopause, les malades n'en ayant plus subi l'atteinte depuis fort longtemps nous n'avons constaté aucune trace d'excoriations, ni de fistules, aucune trace d'herpès, d'eczéma, ni d'ulcère variqueux pouvant servir de porte d'entrée au streptocoque. Il nous faut donc croire à une persistance assez longue de ce micro-organisme dans l'économie et que la symbiose microbienne a été suffisante à réveiller et exalter son pouvoir pathogène. « Un malade qui vient de subir une série d'érysipèles successifs, jouit d'une vaccination relative qui n'em-

pêche pas de nouvelles évolutions locales du streptocope mais qui atténue les symptômss généraux, comme l'a bien montré M. Jaccoud. Cette quasi immunité, il est vrai, n'est pas fatalement perpétuelle, elle peut être rompue à la suite d'un accident, et le streptocoque peut à nouveau témoigner de toute sa virulence par l'intensité des phénomènes locaux et généraux » Vidal.

La puissance modificatrice de la grippe a beaucoup varié dans la dernière épidémie suivant les différentes maladies. Nombre d'observateurs ont relaté la diminution des décès de fièvre typhoïde et de diphtérie, mais par contre, quand la maladie commune ne disparaît pas, elle affecte des allures insolites. La grippe précipite encore la terminaison fatale dans les maladies chroniques en débilitant le terrain sur lequel ces derniers ont évolué. T'el est le cas (observation de M. Vincent) de ce jeune soldat, débilité par une diarrhée chronique qui sous l'influence de l'épidémie grippale meurt asphyxié en quelques heures. L'examen bactériologique révélait le streptocoque. De même les accidents imprévus survenant dans le cours de la phtisie et des cardiopathies, en pleine épidémie grippale, n'ont souvent d'autre origine que l'influence pernicieuse, la dépression profonde imposée par celle-ci aux autres affections. Les exemples ne sont pas rares de tuberculose aiguë et

d'endocardites infectieuses. Nous avons eu l'occasion d'observer un cas d'endocardite infectieuse suppurée survenant inopinément comme complication de l'influenza : Un malade atteint depuis fort longtemps d'insuffisance et de rétrécissement mitral n'est nullement ou fort peu incommodé de son affection. Survient la grippe ; le malade meurt d'endocardite infectieuse aiguë avec abcès sous-cutanés multiples.

Quand à la convalescence de la grippe, nous avons eu à constater qu'elle était de fort longue durée et que dans les maladies où celle-ci a imposé son cachet de dépression profonde, la lenteur de la convalescence a été en rapport avec la maladie antérieure. La plupart des infections secondaires se sont déclarées au moment où les malades presque rétablis se disposaient à reprendre leurs occupations. « Pendant cette convalescence, dit M. le professeur Verneuil (1), l'infection pour être quelquefois invisible n'en existe pas moins, le malade se trouvant dans cet état que j'ai désigné à cette tribune même en 1886 sous le nom de microbisme latent post morbide. La persistance de cette infection est amplement démontrée par des recherches peut-être plus fréquentes dans la grippe que dans toute autre maladie de même ordre. »

(1) Verneuil, *loco citato*.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Grippe à forme typhoïde. — Bronchopneumonie. — Épanchement pleural. — Méningite circonscrite à la base. — Mort. — Infection par le streptocoque. — Notre observation a été publiée par M. Hanot dans le bulletin de la Société Médicale des hôpitaux. (Séance du 21 juillet 1893.)

Un jeune homme de dix-huit ans, C., (Hippolyte), côtelier, entre à l'hôpital Saint-Antoine, salle Magendie le 14 février 1893.

Né à la campagne, il habite Paris depuis dix-huit mois seulement. Ses parents sont vivants et bien portants, lui-même n'a jamais été malade ; il n'a pas eu de manifestations strumeuses dans son enfance ; il ne fait pas d'excès alcooliques, il n'a pas eu la siphylis. Depuis quinze jours il est souffrant. Vers le 1^{er} février il s'est senti fatigué ; ses jambes faiblissaient et il avait mal à la tête surtout le soir ; l'appétit était très diminué. Il continue néanmoins son travail pénible de côtelier. Mais vers le dixième jour de cet état de

malaise, il ressent des points de côté, il tousse et le soir il a quelques frissons ; il est obligé de s'aliter. Pendant quatre jours il reste couché souffrant beaucoup de la tête et ayant dit-il beaucoup de fièvre. Il n'a pas eu de coryza, ni de larmolement. Son oncle l'amène à l'hôpital.

Le malade n'est pas abattu et répond assez bien aux questions qu'on lui pose. La face est rouge, vultueuse ; les conjonctives sont légèrement injectées et larmoyantes. La peau est chaude, la température est de 40 degrés.

La langue est blanche au milieu, rose sur les bords, étalée et humide, porcelainée comme dit M. Faisans. Le ventre est légèrement ballonné et on constate un peu de tympanisme. La palpation provoque une douleur dans la fosse iliaque droite où on perçoit des gargouillements. Aucune tâche rosée sur l'abdomen ni ailleurs.

L'appétit est nul ; il n'y a pas eu de vomissements ni de diarrhée. Le foie ne dépasse pas les fausses côtes. La rate n'est pas perceptible. Les urines ne contiennent pas d'albumine, mais elles sont peu abondantes et franchement colorées par l'urobiline dont la présence est constatable au spectroscope.

L'auscultation cardiaque est normale. Le poulx, plein et régulier bat cent fois par minute.

La respiration est fréquente (30 par minute.)

La percussion de la poitrine, non plus que l'auscultation, ne révèlent d'anomalie. Cependant le malade tousse un peu, mais sans expectorer. M. Hanot porte le diagnostic de grippe.

Prescription : diète lactée, potion de Tood et 1 gramme de sulfate de quinine. Jusqu'au 21 février, la fièvre persiste, la température montant au-dessus de 40° degrés le soir avec une rémission de 4 à 6 dixièmes le matin. A cette date, ascension à 40°6, et le lendemain, la température à 39°5 le matin reste au même chiffre le soir ; le surlendemain, chute à 38°5. L'état général est resté le même depuis le début, et des transpirations abondantes se sont montrées surtout le soir et la nuit. Bien que les urines fussent encore peu abondantes et fortement urobiliniques, nous espérons voir, après quelques oscillations, la courbe thermique rejoindre définitivement la normale. Mais dès le 24 le thermomètre remontant à 40°2.

Le 25 février, la respiration qui n'avait pas dépassé 30°, monte à 40° et le 26 la dyspnée devient très accusée — 48 respirations. — A l'auscultation, on perçoit dans une zone de submatité à la partie moyenne du poumon gauche, un foyer de râles sous-crépitaux fins à la fin de l'inspiration, et une expiration légèrement soufflante. Cette broncho-pneumonie s'accompagne les jours suivants de râles sous-

crépitants dans toute la partie moyenne du même poumon. Toux sèche, quinteuse. Transpirations très abondantes.

Quelques jours après nous constatons dans le poumon droit la diminution des deux temps de la respiration dans les deux tiers inférieurs avec de la submatité dans la même étendue ; les vibrations vocales sont pourtant conservées. Une ponction exploratrice avec la seringue de Pravaz amène du liquide jaune citron ; l'auscultation reste à peu près la même à gauche. La dyspnée oscille entre 35 et 45 respirations par minute. Les urines contiennent de l'albumine.

A partir du 10 mars, le malade, très fatigué, amaigri, constamment couvert de sueur décline rapidement. Les sphincters, relâchés laissent s'écouler les urines et les matières fécales. La température qui, depuis le début des complications thoraciques est montée tous les soirs à 40 degrés et au-dessus avec une rémission matutinale de un degré à 2° 5 ne dépasse plus 39 degrés et oscille maintenant autour de 38 degrés. Le malade succombe le 15 mars, un mois et demi après le début de sa maladie.

AUTOPSIE. — La plèvre droite contient un litre environ d'un liquide rougeâtre, louche. Les plèvres pariétale, viscérale, mediastine, diaphragmatique sont recouvertes d'un dépôt fibrineux, d'apparence

lardacée. La plèvre gauche, également épaissie, contient un demi-litre d'un liquide analogue.

Les poumons droit et gauche sont splénisés dans toute leur étendue et ne crépitent que très légèrement sous le doigt ; des fragments de parenchyme surnagent. On ne trouve pas de noyaux d'hépatisation.

Il y a une cuillerée de liquide dans le péricarde. Le cœur est petit, flasque. On trouve dans l'oreillette droite et dans les deux ventricules des caillots fibrineux jaunes. Le myocarde est assez vivement coloré.

Le foie pèse 1,420 gr. ; il est simplement de couleur foncée et ne présente ni à la surface, ni à la coupe, des taches blanches infectieuses.

La rate est diffluite et pèse 230 grammes. Les reins sont congestionnés.

L'intestin ne présente sur sa surface muqueuse aucune particularité.

A l'ouverture de la cavité crânienne, il s'échappe une petite quantité de liquide citrin légèrement louche. Les méninges sont congestionnées.

A la base du cerveau, en arrière du chrosma et sur une étendue de deux centimètres environ, se trouve une plaque de plus concret, qu'on détache facilement. La scissure interhémisphérique présente des adhérences au niveau des lèvres inférieures des

lobes frontaux. La coupe du cerveau montre une légère suffusion sanguine dans le genou du corps calleux.

EXAMEN BACTÉRIOLOGIQUE.

Le liquide de la plèvre droite, examiné extemporanément sur lamelle, a montré du streptocoque pur. En culture dans le bouillon peptonisé, il a donné un développement abondant de streptocoques et une légère production de *bacterium coli* commune.

Le liquide de la plèvre gauche n'a fourni, sur lamelle et en culture que du streptocoque pur.

Le suc des poumons, recueilli de préférence dans les portions les moins crépitantes, contenait, sur lamelles, des streptocoques en très grande abondance et quelques staphylocoques. Ensemencé dans bouillon et sur agar, il a surtout du streptocoque, et accessoirement des staphylocoques blanc, doré et et jaune et du coli bacille.

Les sucs du foie et de la rate ont donné des résultats analogues.

Enfin, *le pus de la plaque méningée*, dont un frottis sur lamelle n'avait montré aucun micro-organisme a fourni dans bouillon et sur agar des cultures absolument pures de streptocoque.

OBSERVATION II

Grippe à forme typhoïde. — Déterminations articulaires ; pseudo-rhumatisme infectieux. — Suppuration de l'articulation scapulo-humérale gauche ; irruption du pus dans la gaine des muscles grand pectoral et deltoïde. — Vaste abcès de la région sacrée et fessière. — Streptocoque pur dans le pus des abcès. — Guérison. (Cette observation a été publiée également par M. Hanot, dans la Société médicale des Hôpitaux).

Un jeune homme de vingt-cinq ans, F.... (Léon), homme d'équipe à la Compagnie P.-L.-M. entre dans le service, salle Magendie, à l'hôpital Saint-Antoine, le 9 mai 1893, malade déjà depuis treize jours.

Il est fils d'un alcoolique mort à quarante-six ans d'une maladie de foie.

Sa mère est morte également, encore jeune, d'une affection indéterminée.

Lui-même, d'une bonne santé habituelle, n'accuse aucune maladie antérieure.

Voici treize jours qu'il est alité. Il a été pris au début d'un grand frisson accompagné d'une céphalalgie très intense et de douleurs lombaires ; il n'a pu rester debout. En même temps, il avait mal à la gorge et du coryza. Puis sont venus des vomissements et des épistaxis.

La céphalalgie, les douleurs lombaires et une fièvre

intense ont duré depuis le début; le soir le malade transpire abondamment; il délire la nuit. A son entrée, nous constatons, avec une prostration moyenne, un certain degré d'agitation et d'inquiétude, un état ataxo-adyamique.

La face est rouge, vultueuse, couverte de sueurs. La langue est peu humide, blanche au centre et rouge sur les bords. Pas de tâches rosées, pas de diarrhée, pas de gargouillement dans la fosse iliaque droite.

Tout l'abdomen est douloureux à la moindre pression et même spontanément; c'est de la véritable myalgie. Les douleurs musculaires des lombes et aussi des membres persistent depuis le commencement. Le malade a des nausées fréquentes; il ne vomit pas. Il ne tousse ni ne crache. L'auscultation de la poitrine est à peu près normale. Tout au plus y a-t-il une légère submatité en avant sous la clavicule gauche, et la respiration y est-elle diminuée, l'inspiration un peu rude, l'expiration légèrement soufflante. F... n'a d'ailleurs jamais toussé, n'a pas eu d'hémoptisies et jouissait d'une santé parfaite avant la maladie actuelle.

Le cœur est normal, sauf l'accélération.

Le pouls bat 146 fois par minute; il est plein, assez bien frappé quoique très rapide. La percussion de la région hépatique, bien que difficile en raison de

la douleur des parois abdominales, accuse de la sonorité immédiatement au-dessus du rebord costal ; le foie n'est donc pas augmenté de volume. Mais les urines, rares et fortement colorées contiennent de l'urobiline ; il n'y a pas d'albumine. La rate est inappreciable à la percussion. La température, le soir de l'entrée est à 41 degrés. Potion de Todd, un gramme de sulfate de quinine.

Le lendemain 10 mai, elle n'est au matin que de 39°5, le soir elle s'abaisse à 36°4. A ce moment le malade est littéralement baigné de sueur.

Le 11 au matin, le thermomètre remonte à 40°6 pour redescendre le soir à 37°2, au milieu d'une crise sudorale.

Le 12, l'ascension se produit aussi le matin à 39°4 ; mais le soir la rémission est moins prononcée : 38 degrés.

Le 13 enfin, l'inversion de la température cesse, et le chiffre du soir est plus élevé que celui du matin.

Le malade est prostré, il a beaucoup maigri depuis le début de sa maladie, mais surtout depuis quatre jours qu'il est dans le service. Décubitus absolument dorsal, bouche sèche, soif vive ; les nausées n'ont pas reparu. Même auscultation thoracique.

Du 14 au 20, même état général, les douleurs musculaires sont restées presque aussi vives avec

des rémissions. Cependant la température se montre très régulière entre 38 et 40 degrés, se tenant à ce chiffre le matin et le soir d'un même jour, ne dépassant pas d'autres fois 38 degrés pendant toute une journée.

Le 20 mai, le malade accuse des douleurs dans tous les membres ; la palpation les montre siégeant dans les masses musculaires mais surtout au voisinage des articulations, au niveau des insertions musculaires et tendineuses. Les articulations elles-mêmes paraissent intéressées.

Les jours suivants ces douleurs deviennent plus intenses ; le malade ne fait pas un mouvement et appréhende le moindre contact ; le simple fait de se soulever pour recevoir le bassin lui arrache des plaintes ; à plus forte raison est-il impossible de le faire asseoir pour l'ausculter bien qu'une dyspnée assez prononcée (42 respirations par minute) appelle l'attention du côté de l'appareil respiratoire ; cependant il ne crache pas et l'auscultation en avant ne révèle aucun signe stéthoscopique inquiétant.

A partir du 24 la courbe thermique devient régulière à oscillations de 2 degrés environ avec exacerbation vespérale.

Le 28, le malade demande à manger. Il est cependant très faible, très abbattu, très amaigri ; sa face a une teinte terreuse, septicémique. Les urines ne

contiennent pas d'albumine et sont à peine teintées d'urobiline. Les douleurs des membres sont un peu moins vives et laissent quelque repos au malade, le moindre attouchement les réveille ; néanmoins on peut plus facilement changer sa chemise.

Le 31 mai et le 1^{er} et le 2 juin, la température baisse un peu, un soir même il n'a que 37° 4. Mais les trois grandes oscillations reprennent.

Le 7 en changeant le malade on remarque que l'épaule gauche est *tuméfiée*. Les douleurs générales sont devenues bien moins intenses, mais le malade prie qu'on ne le dérange pas pour l'ausculter ; il n'a d'ailleurs ni toux, ni expectoration.

Les choses restent en cet état jusqu'au 11 juin au matin. F... mange même légèrement. Le 11 au matin, nous trouvons au niveau de l'épaule gauche, un volumineux abcès à fluctuation très-nette. Cet abcès occupe exactement la gaine du muscle grand pectoral et celle du deltoïde, formant ainsi deux grandes poches que sépare une dépression médiane sur une ligne verticale allant du tiers interne de la clavicule à l'aisselle, les deux poches communiquent et la fluctuation se transmet de l'une à l'autre. Un 3^e abcès plus petit, siège au-dessus de la clavicule ; à son niveau la peau est déjà rouge et luisante.

On pratique trois incisions, l'une à la partie déclive

de la poche du grand pectoral, dans le sens des fibres de ce muscle, sensiblement horizontale par conséquent; l'autre à la partie déclive de la poche du deltoïde, verticale; une troisième parallèlement à la clavicule, sur l'abcès supérieur.

Des flots de pus, un litre au moins, s'échappent par les deux premiers orifices et la tumeur s'affaisse rapidement; l'abcès supérieur était de bien moindre dimension. C'est un pus bien lié, homogène, jaune verdâtre. On place un drain dans chaque incision, et après un lavage abondant à l'eau phéniquée on fait un pansement.

Le soir, la température monte encore à $39^{\circ} 4$ et à $38^{\circ} 4$ le lendemain soir. Le 13 au soir, elle s'élève à 40 degrés.

Le 14, le malade qui depuis le début de sa maladie avait demandé un coussin sous le siège parce que la pression du lit était douloureuse, dit que, depuis deux ou trois jours, il ressent des élancements de ce côté. L'examen de la région montre encore un abcès qu'on incise aussitôt et qui donne aussitôt un litre de pus semblable à l'abcès de l'épaule.

Ici le décollement est aussi très étendu et remonte du côté gauche sous la peau de la fesse jusque non loin de la crête iliaque. Bain et pansement. Le soir le thermomètre ne dépasse pas 38 degrés.

Le 15 au matin, chute à $36^{\circ} 6$, et à partir de ce

jour, sauf une ascension accidentelle le matin du 19, à l'occasion de la visite de ses parents et deux légères élévations au-dessus de 38 degrés, l'apyrexie est définitive.

Le 16 juin pourtant, l'oreille gauche suppure avec abondance ; le malade raconte qu'il a eu à plusieurs reprises déjà et en dehors de tout état fébrile un léger écoulement purulent de ce côté où l'ouïe a toujours été un peu défectueuse. Deux jours après l'écoulement avait beaucoup diminué.

Aujourd'hui 21 juin, l'oreille est tout à fait guérie ; l'abcès de l'épaule est complètement tari et les incisions cicatrisées. L'abcès du siège seul, bien que ne donnant plus de pus au lavage, n'est pas complètement fermé. Il reste encore un décollement de trois ou quatre centimètres autour de l'incision ; mais celle-ci bourgeonne, et nous considérons le malade comme devant être prochainement tout à fait rétabli.

Son état général s'est d'ailleurs relevé d'une façon remarquable ; il mange depuis plus d'un mois de fort bon appétit, et s'il ne s'est pas encore levé, c'est uniquement pour ne pas retarder la cicatrisation de sa plaie sacro-cocugienne.

Au moment de l'incision de ses abcès, nous avons recueillis méthodiquement le pus, nous l'avons examiné sur lamelles et l'avonsensemencé sur divers milieux, bouillon, agar, gélatine. Nous avons cons-

taté la présence, à l'absolue pureté du streptococcus erysipelatis avec tous ses caractères de forme et de culture ; le développement a même été très abondant.

OBSERVATION III

Pneumonie grippale à forme bilieuse. — Erysipèle. — Guérison.

(Cette observation et les suivantes ont été recueillies dans les hôpitaux de Clermont-Ferrand pendant l'épidémie grippale 89-90)

Il s'agit d'une pneumonie du sommet droit développée dans le cours d'un état grippal antérieur.

Louis S..., terrassier, entre à l'Hôtel-Dieu le 3 janvier 1890, salle Saint-Vincent, n° 11. Garçon robuste, sanguin, habituellement d'une bonne santé et n'ayant aucun antécédent morbide. Le 30 décembre, il a été pris du mal de gorge ou plutôt de laryngite avec grand malaise, fièvre, courbature, céphalalgie surtout occipitale progressivement plus accentuée. Le 3 janvier, à son entrée, on remarque une langue saburrale, une inappétence absolue et quelques vomissements bilieux. Ventre un peu ballonné, foie gros et sensible à la pression.

A l'examen de la poitrine ; matité absolue, souffle tubaire, râles crépitants au sommet droit en arrière dans les fosses sus et sous épineuses.

Le lendemain le malade a craché pour la première fois deux gros placards fibrineux épais, adhérents, visqueux, fortement teintés de sang. Toujours pas de point de côté, — peu d'oppression — mêmes signes stéthoscopiques.

TRAITEMENT : purgatif avec deux verres d'eau de sedlitz. — Sulfate de quinine 1 gr. Julep diacodé.

5 janvier. — Les urines sont rares et foncées, on y trouve un léger nuage d'albumine. Pendant ces trois jours la température s'est maintenue à 40° avec légères rémissions matinales.

La défervescence se fait le 6 au septième jour de la pneumonie et est marquée par des sueurs abondantes. Plus de céphalée ni de vomissements, le souffle est remplacé par des râles de retour. La convalescence s'effectue normalement et la résolution est à peine achevée quand le 14 dans la soirée, le malade éprouve un violent frisson avec ascension brusque de température 39° 7. — Nouveaux vomissements, céphalée intense. Le malade accuse en outre une douleur au niveau de l'aile droite du nez ; dans la nuit, apparition d'une plaque rouge violacée.

Le lendemain, la plaque très douloureuse se caractérise et dans la soirée la face est envahie par un érysipèle d'une intensité moyenne. Tuméfaction surtout marquée aux paupières qui ne peuvent s'ouvrir. Température 40 degrés. Pouls bat 138 fois par minute.

16 janvier. — Envahissement du cuir chevelu qui devient très sensible à la pression ; apparition de boutons d'acné à la région frontale. La température

se maintient toujours à 40 degrés, avec légère rémission matutinale. Délire nocturne.

17 janvier. — Douleurs semblent s'accroître surtout aux oreilles. Auscultation thoracique normale. — Tuméfaction des ganglions maxillaires.

18 janvier. — Même état, les urines sont rares foncées en couleur, un peu albumineuses.

TRAITEMENT : Fomentations émollientes toutes les demi-heures. Potion au chloral — 2 grammes d'antipyrine.

19 janvier. — Légère desquamation des ailes du nez. Les ganglions maxillaires et le cuir chevelu sont très douloureux. Délire nocturne moins accusé. Température 39°.

20 janvier. — Phénomènes généraux s'amendent : l'albumine existe en bien moins grande quantité dans l'urine.

21 janvier. — Défervescence brusque 36°. Sueurs abondantes. Tuméfaction ganglionnaire toujours douloureuse, mais la langue est moins saburrale, l'état général s'améliore.

Le 22 janvier et les jours suivants, il y eut bien une légère recrudescence fébrile, puis la douleur disparut peu à peu et le malade après une convalescence de quinze jours quitta l'hôpital le 11 février, complètement rétabli.

OBSERVATION IV

Broncho-pneumonie grippale. — Erysipèle. — Guérison.

Cécile B** âgée de 56 ans, journalière, entre à l'Hôtel-Dieu le 24 décembre. Ses parents ont toujours été bien portants : elle-même a joui d'une excellente santé jusqu'à l'époque de la ménopause (49 ans) où elle fut atteinte de trois érysipèles dans l'espace de quatre mois. Depuis cette époque elle n'a eu aucun érysipèle. Aucune manifestation strumeuse dans son enfance. Pas de siphilis.

La malade avait déjà éprouvé deux jours auparavant une certaine lassitude, des douleurs fugaces dans les membres, quelques frissons et un peu de céphalalgie. Ces symptômes, peu accentués le 1^{er} jour, s'accusèrent soudainement le lendemain au milieu de son travail. Céphalée très intense localisée à la région occipitale avec bourdonnements d'oreilles. La malade alitée depuis, raconte le matin de son entrée à l'Hôtel-Dieu que, pendant la nuit, elle a été fort incommodée de picotements incessants dans les narines, de larmolements. A l'examen de la malade nous constatons que la face est rouge, injectée ; la langue est saburrale, un peu rouge sur les bords. Pas de diarrhée. La température est à 39 degrés 5. Le pouls bat 130 fois par minute.

La percussion et l'auscultation de la poitrine ne révèlent rien d'anormal. Toux sèche ; la respiration a cependant un peu de rudesse.

Le lendemain mêmes signes généraux. A l'auscultation de la poitrine on entend à la fin de l'inspiration des râles sous-crépitaux fins à la partie moyenne et postérieure du poumon droit, en avant un souffle à peine accusé. La percussion dénote une légère submatité de cette région. Expectoration nulle.

4 décembre. — La malade se plaint d'oppression et de douleurs contusives dans les membres. Même submatité que la veille ; l'auscultation fait découvrir deux autres foyers de râles sous-crépitaux à la partie inférieure du poumon droit. Léger souffle dans ces mêmes régions. La malade a eu un peu de délire la nuit précédente. Température 39° avec rémission matinale d'un degré. Pouls fréquent et plein bat 140 fois par minute. Les urines sont un peu foncées. La malade accusant une douleur exaspérante au niveau du foie dont les dimensions paraissent cependant normales, nous faisons l'examen des urines dont le résultat est négatif.

5 décembre. — État stationnaire avec moins de gêne respiratoire.

PRESCRIPTION : Potion au kermès. Julep diacodé. Ventouses sèches.

6 et 7 décembre. — On constate un peu d'amé-

lioration. La zone de submatité est moins étendue, cependant les râles sous-crépitants existent toujours. Expectoration peu abondante de crachats ambrés. Température 39° 5. — Transpiration abondante.

8 décembre. — L'amélioration s'accroît ; les râles ont disparu en maints endroits. Le 10 et les jours suivants, la malade entre en période de convalescence, les symptômes n'existent plus. Elle se dispose même à quitter l'hôpital le 20 décembre quand survient un érysipèle dont elle n'avait pas été atteinte depuis 6 ans.

Aucune trace d'excoriations sur les commissures des lèvres ni sur les ailes du nez, pas de mal de gorge. Quelques petits frissons et un malaise général dans la soirée, la température remonte à 39° 2.

Le lendemain, le visage entier sauf le cuir chevelu est atteint d'une rougeur et d'un gonflement caractéristiques de l'érysipèle ; le menton seul est indemne. Langue suburrale. Céphalalgie violente. Température, 40°. Pas d'engorgement des ganglions sous-maxillaires. Agitation nocturne. L'examen des urines reste négatif.

22 décembre. — Le cuir chevelu est envahi et extrêmement douloureux. La température reste sensiblement la même tout en présentant une faible rémission matinale. Les paupières sont œdématisées et ag-

glutinées, on remarque deux vésicules d'herpès à l'angle externe de l'œil droit.

PRESCRIPTION : Purgatif avec eau de Sedlitz, compresses émollientes. Potion calmante : Antipyrine 2 gr. par jour en cachets de 0,50 cent. associé au sulfate de quinine 0,60 centigr.

23 décembre. — Les régions envahies sont toujours douloureuses. Même état stationnaire. Fièvre se maintient à 40°. Délire violent pendant la nuit.

24, 25, 26 et 27 décembre. — La malade ne présente aucun changement dans l'intensité des douleurs. Le thermomètre marque 39°5. Légère desquamation des joues et du front.

28 décembre. — État stationnaire.

29 décembre. — Défervescence complète. La température retombe au chiffre normal. Sueurs abondantes.

30 décembre. — Le cuir chevelu est encore douloureux malgré la défervescence. Les ganglions occipitaux sont toujours engorgés.

31 décembre, 1^{er} janvier et jours suivants. — Amélioration progressive. La malade guérie quitte l'Hôtel-Dieu le 10 février.

OBSERVATION V

Erysipèle. — Pneumonie grippale. — Arthrite suppurée de l'épaule et du genou droits. — Mort.

Marie L..., blanchisseuse, âgée de 58 ans était entrée à l'Hôtel-Dieu le 2 novembre 1889 pour un érysipèle de la face dont elle subissait la huitième atteinte depuis l'époque de la ménopause.

Ces séries d'érysipèles lui avaient occasionné une tuméfaction dure dans les points primitivement envahis de sorte que cet œdème chronique était pour elle une véritable difformité.

Aucun antécédent héréditaire ni personnel. L'érysipèle fut d'ailleurs très bénin et disparut 8 jours après. Pas de délire. Au bout de ce temps elle présente les symptômes de la grippe qui sévissait alors avec une grande intensité : Coryza, larmoiements, inappétence, lorsque le 13 dans la journée elle est prise d'un frisson et d'un point de côté à droite. On ne trouve à l'examen de la poitrine que de l'obscurité du murmure vésiculaire. Légère oppression. Température, 39°5.

Le lendemain la face est animée, les pommettes colorées : submatité dans les deux tiers supérieurs de la poitrine, diminution du bruit respiratoire au

même niveau sans crépitation ni souffle, quelques râles sonores disséminés. Rien au cœur ni dans les urines. Foie et rate de dimensions normales. Le soir aggravation de l'état général : la malade a les traits tirés, les lèvres bleuâtres, les extrémités cyanosées et froides ; la respiration est pénible. Souffle tubaire à l'aisselle droite. Le pouls est petit, très rapide ; la malade a de la diarrhée. L'urine retirée de la vessie par la sonde renferme une faible quantité d'albumine. Température, 39 degrés.

PRESCRIPTION. — Potion cordiale. — Ventouses sèches.

15 novembre. — L'état est toujours fort grave, les signes d'auscultation sont les mêmes, sauf un souffle sous la clavicule mais faible et lointain. Température 39°8.

16 novembre. — Respiration toujours embarrassée. Outre le souffle tubaire, on perçoit quelques bouffées de râles crépitants ; la malade ne crache toujours pas et se plaint d'une vive douleur dans le bras et le genou droits. On ne remarque cependant aucune modification dans les deux membres.

17 novembre. — On constate une tuméfaction considérable au genou droit : même chose pour l'articulation scapulo-humérale, le gonflement siège au niveau du deltoïde, on reconnaît la nature purulente de l'épanchement en évacuant un peu de liquide

avec la seringue de Pravaz. A noter une dyspnée extrême, voisine même de l'asphyxie.

Mort le 18 au matin.

AUTOPSIE. — Les deux lobes supérieurs du poumon droit sont en hépatisation grise avec foyers en suppuration. L'aorte est très athéromateuse. L'articulation du genou est entièrement envahie de pus ; à l'épaule l'abcès intéressait seulement le deltoïde.

L'examen microscopique démontrait que les collections purulentes enfermaient des streptocoques en grande quantité avec quelques staphylocoques.

OBSERVATION VI

Pleurésie purulente à streptocoques, d'origine grippale.
Ponction. — Érysipèle. — Guérison.

Eugène T..., tourneur, âgé de 28 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 3 février 1890. Ce malade a eu la syphilis à l'âge de 18 ans. Rien de particulier concernant ses parents. Depuis deux jours le malade était atteint de grippe (coryza, larmolement, toux, expectoration peu abondante) lorsque le 2 février il ressentit un point de côté à droite et fut pris en même temps d'un violent frisson.

A son entrée à l'hôpital on constate que le malade est affaibli. Il y a un peu de dyspnée. Température 38°2. La percussion dénote une matité absolue, s'étendant de l'angle inférieur de l'omoplate jusqu'en bas et une légère submatité au niveau de la fosse sous-épineuse. Vibrations et respirations abolies dans la même étendue. Égophonie très accentuée, quelques frottements, râles au niveau de l'aisselle. En avant, matité à la moitié inférieure. Rien d'anormal au côté droit. Température soir 40°2.

PRESCRIPTION. — Sulfate de quinine un gramme. —
Potion de Todd.

Le lendemain, la matité et l'épanchement ont aug-

menté. Le cœur est déplacé. Pointe et maximum des bruits à trois doigts en dedans du mamelon.

5 février et jours suivants. — L'épanchement augmente toujours. La température qui a été de 40 degrés s'abaisse à 39 degrés. Néanmoins le malade souffre d'une dyspnée violente.

1^{re} ponction le 9 février. — Dyspnée intense presque asphyxique. La température est revenue à 40 degrés. On pratique une ponction avec le trocart de l'appareil Potain. Il s'écoule un litre et demi d'un liquide purulent de couleur jaune verdâtre. Le soir la température est retombée à 38° 7. La respiration est rétablie. On examine, après ponction, le liquide retiré de la plèvre et on trouve des streptocoques en grande quantité au milieu de globules du pus.

11 et 12 février. — La température se maintient à 37 degrés. Le cœur déplacé est revenu à sa position normale. Respiration assez libre.

13 février. — On constate que l'épanchement se reproduit. En arrière, au côté droit, matité au tiers inférieur ; en avant, la matité remonte au-dessus du mamelon. Le cœur est de nouveau déplacé et bat à droite du sternum. Respiration embarrassée. Température 38°5 le matin 40 degrés le soir.

14 février. — Nouvelle ponction. On retire un litre de liquide purulent renfermant également des

streptocoques. Nouveau lavage à l'eau boriquée. Température soir 38 degrés.

15, 16 février et jours suivants. — La température s'abaisse et oscille entre 37 et 38 degrés. On remarque une amélioration dans l'état général ; la matité a disparu : à l'auscultation, on entend quelques râles sous-crépitaux à la base droite, néanmoins le cœur est sain.

Le malade sort le 26 incomplètement rétabli, et rentre de nouveau à l'Hôtel-Dieu le 3 mars pour un érysipèle qui envahit toute la face et même le cuir chevelu. Les paupières agglutinées et tuméfiées ne peuvent s'ouvrir, les ganglions sous-maxillaires sont engorgés et le malade se plaint d'une gêne respiratoire. Température 39 degrés.

PRESCRIPTIONS. — Sulf. de quinine 1 gr. — Fomentations émollientes et antiseptiques.

27 février, 1^{er}, 2 et 3 mars. — Etat stationnaire.

5 mars. Nausées, vomissements, apparition de phlyctènes sur la région frontale. Température sensiblement la même. Examen des urines donne un résultat négatif. Pas de délire.

7 et 8 mars. — Les douleurs semblent s'être localisées dans le cuir chevelu, le malade se plaignant peu du visage dont les parties primitivement envahies commencent à se desquamer, mais par contre le

pavillon de l'oreille gauche est le siège de la formation d'un petit abcès.

10 mars. — Déservescence brusque. — Température 37 degrés. — Diminution des douleurs.

12 et 15 mars. — Le malade entre en convalescence et quitte l'hôpital bien remis.

OBSERVATION VII

Pneumonie grippale. Endocardite infectieuse à streptocoques.
Arthrite suppurée du genou droit. — Méningite. — Mort.

Louis G..., 37 ans, employé à la Cie P.-L.-M., entre à l'Hôtel-Dieu le 2 mars 90. Très faible et pouvant à peine répondre à nos questions, ses parents racontent que dix jours auparavant, il avait été atteint de la grippe avec larmoiement-coriza et des symptômes de bronchite. Rien à noter du côté des antécédents héréditaires, le malade a toujours eu antérieurement une santé excellente, si ce n'est une pleurésie à l'âge de 23 ans, pendant son service militaire.

A son entrée à l'hôpital, le malade est pâle les yeux excavés. Il tousse mais n'expectore pas. Ses parents nous disent qu'il a éprouvé depuis peu de petits frissonnements et qu'il a eu des épistaxis à trois reprises différentes. Le malade n'a pas souffert de point de côté. La percussion dénote une submatité à la partie inférieure du poumon gauche en arrière. — A l'auscultation on entend des râles sous-crépitants fins et, au-dessus de la zone de submatité, près de l'aisselle, un souffle faible et lointain dont le timbre se rapproche du souffle pleurétique. Une exploration pratiquée avec l'aiguille de Pravaz ne

retire aucun liquide. A droite respiration rude, température 39 degrés le matin, 40 degrés le soir. Dyspnée toujours croissante. Rien au cœur. Pouls faible et rapide.

3 mars. — Expectoration de crachats muqueux striés de sang. La submatité a fait place à la matité. Les urines sont légèrement albumineuses. Température 38° 2, matin. 39° 8, soir.

4 mars. — Dyspnée assez intense mais moindre que les jours précédents. Matité toujours la même avec quelques bouffées de râles sous-crépitants fins.

TRAITEMENT : Régime lacté. Potion tonique. Ventouses sèches.

5 mars. — Délire nocturne. Souffle tubaire dans toute la région hépatisée. Les crachats sont toujours striés de sang, mais plus bruns. Température 39° 5 et 38 degrés matin.

6 mars. — Le visage du malade, de pâle qu'il était le jour de son entrée est maintenant rouge animé, la dyspnée est moins intense qu'au début. Le souffle persiste avec nombreux râles sous-crépitants à plus grosses bulles. Ce matin même le malade a eu une épistaxis.

7 mars. — Râles sous-crépitants sont devenus plus gros, langue toujours saburrale. Température 40 degrés.

8 mars. — Le matin, la température qui, la veille

au soir était à 40 degrés est redescendue brusquement à la normale. Le malade est cependant toujours affaibli. En avant, le souffle persiste.

9 mars et jours suivants ; facies meilleur, plus de gêne respiratoire, amélioration s'accroît. On entend pourtant quelques râles sous-crépitaux au côté gauche, mais la sonorité est revenue.

10 mars. — Le malade est sur le point de quitter l'Hôtel-Dieu, quand survient une nouvelle recrudescence fébrile avec frissons répétés. Le malade se plaint de céphalalgie, d'une douleur à la région précordiale. A l'auscultation du poumon gauche, on entend encore une respiration rude. Température 39° 4.

Le lendemain, au premier examen, on est de suite frappé de la force et de la précipitation des battements du cœur, on entend un souffle systolique à la pointe se prolongeant dans l'aisselle. Céphalée toujours intense, le malade a eu un peu d'agitation pendant la nuit, vomissements bilieux.

16 mars. — Le souffle systolique est plus accentué, masquant tous les autres bruits. A la palpitation du cœur il n'y a pas de frémissements. Nouveaux vomissements dans la matinée. Articulation du genou droit chaude et douloureuse. Foie un peu gros quoique difficile à bien délimiter. Température 40° 1. Délire nocturne.

PRESCRIPTION. — Régime lacté. Potion au quinquina, glace sur la tête. Acide salicylique, 2 grammes.

17 mars. — Même intensité du souffle systolique. Battements du cœur sont très précipités et se perçoivent à l'auscultation dans toutes les régions de la poitrine, quelques râles humides disséminés dans le poumon gauche. Le malade a le regard brillant et animé et un peu de délire. Articulation du genou toujours tuméfiée.

18 mars. — Le malade a de la gêne respiratoire et un peu de strabisme, quelques convulsions dans la matinée. On remarque en outre quelques taches ecchymotiques sur les membres supérieurs. Température $40^{\circ} 5$.

19, 20 mars. — Le malade est prostré et dans une somnolence continue. Respiration très gênée. Pouls faible et très lent. Température $40^{\circ} 2$ soir. $39^{\circ} 5$ matin, fluctuation très nette au niveau de l'articulation.

21, 22 mars. — Même degré de fièvre, dépression la plus complète, dyspnée intense, langue sèche, fuligineuse.

Mort le 23 mars.

AUTOPSIE. Cavité thoracique. — Dans les deux plèvres légèrement épaissies on trouve des adhérences. Le poumon gauche est un peu odémateux

et dans la partie moyenne antérieurement hépatisée on remarque par place des plaques plus foncées que le reste du tissu pulmonaire. Péricarde sain, renfermant une très faible quantité de liquide citrin. Aucune lésion dans l'aorte, ni dans l'orifice aortique. Altération de la valvule mitrale qui présente sur la grande valve une ulcération dont la dimension égale une pièce de vingt centimes. Cette ulcération est arrondie et entourée de petites végétations fibreuses. La perforation est complète et devait permettre le retour du sang du ventricule dans l'oreillette. A la face auriculaire de la valvule, l'ulcération est entourée d'un bouquet de végétation encore plus volumineuse, présentant à leur point d'implantation une petite cavité remplie d'une bouillie grisâtre.

Rien d'anormal au foie qui est un peu volumineux. La rate hypertrophiée renferme quelques infractus. Les reins sont congestionnés.

Arthrite suppurée droit, l'examen bactériologique dénote du streptocoque pur.

A l'ouverture de la cavité crânienne, on constate l'existence d'une méningite suppurée. La pie mère est épaissie ; le pus forme une couche continue, très opaque qui cache partout les circonvolutions, et les grosses veines se dessinent fort bien sur le fond jaunâtre formé par le pus. Celui-ci renfermait également du streptocoque :

OBSERVATION VIII

Grippe, angine parotidite suppurée à streptocoques guérison

Marie L..., âgée de 32 ans entrée à l'Hôtel-Dieu.

Le 19 janvier 1890. — Les jours précédents, elle avait été prise de malaise général d'inappétence de lassitude et de courbature le tout accompagné de céphalalgie intense, de vomissements fréquents et de constipation. Le jour de son entrée elle est prise d'une épistaxis abondante ; rien aux poumons.

Le 20 janvier. — La malade éprouve toujours une courbature intense avec cephalalgie et douleurs profondes dans les muscles de la nuque, sensibilité marquée des téguments frontaux.

T. m. 39°8	P. m. 108
T. s. 39°8	P. s. 126

Le 21 janvier. — On constate une rougeur diffuse du pharynx, la malade éprouve de la dysphagie. T. m. 39, s. 39°8. P. m. 106, s. 124.

Le 22 janvier et les jours suivants, la malade est toujours très affaissée ; les douleurs musculaires et la céphalée ont cependant diminué d'intensité, mais par contre l'angine a augmenté d'intensité, la malade peut avaler à peine quelques gorgées de liquide. Température oscille entre 39° et 40° degrés. L'aus-

cultation du cœur et des poumons est normale. Un peu de rudesse dans l'opération.

PRESCRIPTION. Gargarisme. — Potion avec 0,25 centigrammes de sulf. de quinine.

Le 29 janvier. — Les symptômes angineux commençaient à disparaître et avec eux la céphalalgie et les douleurs lombaires quand nous constatons une tuméfaction au côté gauche de la face dans la région parotidienne. Température sensiblement la même.

Le 30 janvier. — Augmentation de volume de la région. La malade a eu un peu d'agitation pendant la nuit. Potion calmante avec sirop diacode.

1^{er} février. — On constate que la tuméfaction est dure à la pression.

2 février. — La suppuration de la parotide est manifeste ; on pratique une incision d'environ un centimètre et demi à l'angle du maxillaire. Le pus est trouvé profondément et en petite quantité. La culture de ce pus gélose donne un streptococcus pyogene absolument pur. La nuit suivante la malade est encore un peu agitée, comme si une nouvelle poussée allait se reproduire.

5 février. — La tuméfaction diminue, il existe encore un léger suintement. Pansements antiseptiques au sublimé.

10 février. — Tout gonflement a disparu, la température est redevenue normale et la malade sort le 12 février de l'Hôtel-Dieu.

OBSERVATION IX

Grippe, endo pericardite suppurée. Mort.

Lucien N..., âgé de 45 ans, entre à l'Hôtel-Dieu le 23 mars 1890. Rien à signaler des antécédents. héréditaires. Attaque de rhumatisme articulaire aigu à l'âge de 25 ans.

Les symptômes de la grippe se sont faits sentir chez lui 8 jours auparavant, il a éprouvé du larmoiement, des douleurs articulaires et musculaires. Au moment de son entrée à l'Hôtel-Dieu, la fièvre persiste 38°2 le matin. Ce malade, outre une céphalée intense qu'il accuse, se plaint d'une violente douleur à la nuque, irradiant vers l'omoplate gauche. On remarque un peu de prostration, face livide, yeux excavés, langue fuligineuse.

Aucun signe stéthoscopique sans les deux poumons ; à peine peut-on constater une légère congestion des poumons.

Le lendemain, et jours suivants mêmes symptômes généraux. Température 39°2 à 38° le soir.

Le 27 février. — Aggravation des mêmes signes. On ne constate toujours qu'une congestion pulmonaire et cependant les phénomènes généraux sont peu en rapport avec la bénignité relative des symp-

tômes pulmonaires. Pas de diarrhée ni de douleur dans la fosse iliaque droite. On songe alors à un état infectueux consécutif à la grippe. Température 39°3. L'auscultation du cœur fait entendre à la pointe un léger souffle auquel on ne prête aucune valeur réelle.

Dans la même soirée le malade tombe dans le coma. Sueurs froides, visqueuses. Refroidissement des extrémités. Pouls faible à peine perceptible.

28 février. — Même état comateux, de plus anxiété respiratoire extrême. Congestion pulmonaire toujours de moyenne intensité. Cyanose. Mort le 29.

AUTOPSIE. — Poumons congestionnés, aucune trace de suppuration. La cavité péricardique contient environ 300 gr. d'un liquide franchement purulent. A part quelques petites ulcérations et végétations sur la valvule mitrale, l'endocarde paraît saine. Augmentation de volume du foie 1,420 grammes.

Rien d'anormal dans la cavité crânienne.

Le pus soumis aux examens bactériologiques et ensemencé sur gélose a toujours révélé le streptocoque en grande quantité associé au staphylocoque.

OBSERVATION X

Dacryocystite et rétrécissement ancien du sac lacrymal

Grippe, phlébite. Suppuration du sac lacrymal.

Observation inédite due à l'obligeance de M. le docteur E. BLOCH.

Madame V... âgée de 52 ans, de bonne santé habituelle, présentant un rétrécissement ancien du sac lacrymal droit est atteinte, en avril 1893 de grippe compliquée. — Au bout de quelques jours : broncho-pneumonie droite. Amélioration progressive au bout d'une quinzaine de jours.

Pendant la convalescence survient une phlébite du membre inférieur droit avec œdème considérable et douleur très intense. En même temps il se fait une suppuration du sac lacrymal qui détermine une fistule persistante. Cette complication nécessite plus tard le curetage du sac, opération pratiquée par M. le docteur Valude.

Au bout de deux mois et demi la résolution de la phlébite fut obtenue. La malade commence à se lever, à marcher un peu dans la chambre, mais l'œdème du membre et la douleur persistent. La guérison complète ne se fit qu'à la longue après un séjour prolongé à la campagne.

OBSERVATION XI

Grippe. Phlegmatia alba dolens.

Observation inédite due à l'obligeance de M. le docteur E. Bloch.

Madame B..., 40 ans, bien portante antérieurement, sauf une arthrite du genou droit guérie depuis nombre d'années, est atteinte en mars 94 de tous les symptômes de la grippe (fièvre intense à début brusque, courbature, céphalalgie, toux sèche, coryza). Cet état au lieu de s'améliorer au bout de quelques jours persiste.

La prostration augmente, la céphalalgie est très intense, la température suit une marche irrégulière ; presque normale à certains moments elle remonte parfois brusquement à 40 degrés. Aucun signe du côté des viscères. Le poumon et le cœur sont indemnes. Rien du côté des organes abdominaux. Les urines sont chargées mais ne contiennent pas d'albumine.

Étant donné la persistance de cet état (20 jours) je demande à M. le docteur Hanot de venir voir la malade. M. Hanot, tout en faisant quelques réserves au point de vue d'une dothénienterie à forme anormale, possible, incline vers le diagnostic de grippe à forme prolongée et à marche irrégulière. L'état de

la malade reste à peu près stationnaire pendant quatre semaines. Toujours même irrégularité de la fièvre, même prostration sans qu'on puisse déterminer très exactement la cause de cet état.

A ce moment survient une *phlegmatia* avec douleurs vives dans la jambe droite qui nous donne l'explication de ces poussées fébriles intermittentes.

Presque tous les jours nous assistons à de grands frissons suivis de chaleurs et de sueurs profuses pendant lesquels la température est de 40 degrés.

Avant et après ces accès, le malade ne supporte aucun aliment ; les vomissements sont incessants et l'inappétence absolue. Amaigrissement et prostration énormes.

Au bout de six à sept semaines, une légère amélioration se produit dans son état. Les accès s'espacent davantage, les vomissements diminuent, on parvient à lui faire prendre quelques aliments légers. Enfin les phénomènes locaux, (œdème, douleurs) tendent à disparaître.

Actuellement après trois mois et demi de souffrances, la malade est en convalescence. Elle commence à se lever et à marcher un peu dans son appartement. Tout danger pour l'avenir paraît éloigné.

OBSERVATION XII

(Communiquée par M. le docteur E. Bloch à la Société médico-pratique.
12 mai 1890.)

Grippe ; otite suppurée ; convalescence imparfaite. — Pyohémie à marche subaigüe. — Mort. — Cette observation que nous devons encore à l'obligeance de M. le docteur Bloch a été publiée dans la thèse de M. Lehman (1890).

Au mois de février dernier, je voyais en consultation avec le médecin traitant une dame X... habitant Vincennes, qui était malade depuis près de deux mois et dont l'affection inspirait de vives inquiétudes à son entourage.

La consultation que j'eus avec le docteur Pachot de Vincennes, m'apprit les faits suivants :

Le 13 décembre Madame X..., jusqu'alors bien portante avait été atteinte de grippe épidémique. Cette affection, peu grave chez elle et de peu de durée, s'était compliquée pendant la convalescence d'une otite suppurée qui persista pendant tout le mois de décembre. Malgré cette complication et quoique très fatiguée, Madame X... s'était levée et vaquait à ses occupations habituelles, lorsque dans les premiers jours de janvier, elle fut forcée de s'aliter de nouveau, reprise de fièvre, de frissons, d'une prostration extrême. En même temps sur-

vinrent des épitaxis, une céphalalgie intense, des troubles abdominaux (diarrhée, météorisme) de sorte que mon confrère pensa à une dothénienthérie. Tel fut aussi l'avis de M. le docteur Landrieux appelé en consultation quelques jours plus tard.

Cependant la marche ultérieure de la maladie ne vint pas confirmer le diagnostic. La température très élevée au début et à marche continue, prit un caractère rémittent, presque normal, le matin 37° à 37°5, elle remontait vers 39° à 40° le soir. La diarrhée cessa dès la première semaine.

En même temps, l'articulation de la première phalange du pouce gauche se tuméfia et fut peu après le siège d'une suppuration et d'une désorganisation complète. Peu de temps après un phlegmon à marche torpide se produisit à la région externe et inférieure de la cuisse gauche, phlegmon qui fut ouvert et drainé par le médecin traitant. Une autre collection purulente, symétrique à la première se produisit à la cuisse droite. Le cœur indemne au début, devient le siège d'un léger bruit de souffle. La base des poumons se congestionna. En outre, le foie légèrement augmenté de volume était un peu douloureux à la pression. Rien de particulier du côté de la rate. La langue était sèche, l'appétit assez bien conservé.

Tel était l'état de la malade à notre consultation. Je partageais l'opinion de mon confrère qui pensait

qu'il s'agissait là d'une infection secondaire à la grippe à début typhoïde, qui avait pris dans la suite une allure subaigüe avec suppurations multiples. Telle fut également l'opinion de M. Hanot qui vit la malade avec nous le jour même.

C'était la suppuration de l'oreille qui avait été le point de départ des phénomènes infectieux ; on a, du reste, signalé de nombreux cas de septicémie à la suite d'une suppuration locale.

En présence de cet état septicémique dont on ne pouvait méconnaître la gravité, on institua une thérapeutique énergique, mais malgré cela la malade ne fit que progresser.

La malade continua à présenter des phénomènes de suppurations abondantes au milieu desquels on trouvait des lambeaux sphacelés de muscles et de tendons. L'état général devient de plus en plus mauvais ; la malade plongée dans un état profond d'adynamie, paraît rester étrangère à ce qui se passe à ses côtés : elle est en proie à un délire tranquille pendant lequel elle prononce des paroles sans suite ; les nuits se passent sans sommeil, la température présente le type rémittent oscillant entre 38 degrés le matin et 39° 3 à 40 degrés le soir. Bientôt, une diarrhée abondante à odeur fétide vient aggraver la situation et, c'est au milieu de symptômes de

cachexie et de marasme les plus avancés que la malade meurt le 18 mars.

La maladie avait duré en tout trois mois et demi.

M. le docteur Bloch nous assure que l'examen bactériologique a découvert le streptocoque seul dans le pus examiné.

CONCLUSIONS

I. — La grippe est une maladie des plus infectieuses dont l'agent pathogène n'est pas encore déterminé.

II. — Cette maladie sert de porte d'entrée aux microbes de la suppuration et spécialement au streptococcus pyogenes qui, par sa symbiose avec le micro-organisme de l'influenza, acquiert une virulence variable suivant la nature du terrain et l'état de réceptivité individuelle.

III. — Cette virulence se manifeste par des phénomènes soit locaux, soit généraux, le plus souvent locaux, dans les cas de grippe bénigne (érysipèle, abcès sous-cutanés).

IV. — Dans les cas de pyhémie ou de septciémie la marche peut être aigüe ou subaigüe.

V. — La grippe modifie les maladies ordinaires avec lesquelles elle coïncide et c'est au moment de cette longue et pénible convalescence que le strep-

tocoque détermine le plus souvent les accidents infectieux.

Vu :

Le Président de la thèse,

L. GRANCHER.

Vu :

Le Doyen,

BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ACHALME. — Considérations pathogéniques et anatomo-pathologique sur l'érysipèle. Thèse (1892).

BENETT. — Courtes notes sur quelques cas de pyohémie consécutifs à la grippe. *Lancet anglaise* 1890.

BONNEMAISON. — Pneumonies malignes. *Union méd.* 1875.

BOUCHARD. — De la grippe commun à l'Académie de Médecine, 1890.

BURLUREAUX. — Réflexions sur l'épidémie grip-pale *Gaz. hebd. méd. chirurg* janv. 1890.

FINKLER. — Recherches bacteriol. *Deutsch. méd. Wochensch* janv. 1890.

JARRES. — Complicat. suppur de la grippe. Thèse de Paris, 1890.

JACCOUD. — Clinique médicale, mai 1884.

LANCEREAUX. — Pneumonie et grippe. *Arch. génér. méd.* 1886.

LAVERAN. — Société médicale des hôpitaux, janv. et fév. 1890.

LEHMAN. — Manifestations septicémiques et pyohémiques de la grippe. Thèse de Paris 1890.

LEMOINE. — Quatre cas d'érysipèle consécutifs à la grippe. *Rev. de médecine*, juin 1890.

MÉNÉTRIER. — Grippe et pneumonie. Thèse de Paris 1887.

MOSNY. — Pneumonie crysipelateuse, *Gaz. des hopitaux* fév. 1890.

NETTER. — Société médicale des hôpitaux, janv. fév. 1890.

RIBBERT. — Recherches bactériolog. sur l'influenza. *Deutsh. méd. Wochensch.*, janv. 1890.

Société médicale des hôpitaux, séances janv. fév. mars 1890.

STRAUSS. — *Rev. de méd.* juin 1879.

VAILLARD. — Bactériologie, société médicale des hôpitaux, janv. févr. 1890.

VIGNALOU. — De la pleurésie à streptocoques, Paris 1890.

VERNEUIL. — Grippe au point de vue chirurg. Comm. à l'Acad. de médecine, mai 1890.

VEICHELBAUM. — Rech. bactériolog. Wiener, méd. Wochenschr, 8 fév. 1890.

VIDAL. — Infect. puerpérale. Thèse de Paris 1889.

